

Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate

Transformations in contemporaneous capitalism and its impact on state policies: the SUS in debate

Celia Maria Sivalli Campos

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.
E-mail: celiasiv@usp.br

Nildo Viana

Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Ciências Sociais.
Email: nildoviana@ufg.br

Cassia Baldini Soares

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva.
E-mail: cassiaso@usp.br

Resumo

O objeto deste ensaio é o Sistema Único de Saúde (SUS) compreendido como política estatal de saúde que atravessou, logo nos seus nascedouros, o forte desmonte neoliberal. O texto está dividido em duas partes: na primeira é apresentada a discussão sobre os conceitos de crise, regime de acumulação e análise da situação atual desse regime. Também são sintetizadas as principais características das mudanças mais recentes, mostrando as dificuldades crescentes na acumulação de capital e a tentativa de solução no âmbito das políticas neoliberais, bem como a ressonância desse processo no Brasil. Na segunda parte, partindo-se do pressuposto de que as políticas estatais de saúde são formuladas para sustentar e viabilizar o processo de produção em saúde, é apresentado o conceito de políticas estatais. Em seguida, a discussão centra-se nos impactos da crise sobre as políticas de saúde. Salienta-se que os princípios fundamentais do SUS de universalidade e igualdade foram os mais atingidos pelas políticas neoliberais e se discute algumas repercussões na atenção básica. Chama-se atenção também para o fato de as instituições governamentais engendram ações de natureza moral, não essenciais, que funcionam como mecanismos de mascaramento dos processos de privatização da saúde. Esboçam-se também alguns dos desafios postos aos que opõem resistência ao desmantelamento do SUS.

Palavras-chave: Neoliberalismo; Políticas Públicas de Saúde; SUS; Regime de Acumulação; Capitalismo; Brasil.

Correspondência

Celia Maria Sivalli Campos
Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira Cesar. São Paulo, SP, Brasil. CEP 05403-000.

Abstract

The object/subject matter of this article is the Brazilian National Health System (UHS), understood as a state health policy crossed right at birth by strong neoliberal attack. The text is divided into two parts: the first part presents discussion on the concepts of crisis, regime of accumulation and analysis of the current situation of this regime. It also summarizes the main features of the latest changes, showing the increasing difficulties in the accumulation of capital and the attempted solution in the context of neoliberal policies and the resonance of this process in Brazil. In the second part, starting from the assumption that state health policies are formulated to support and enable the health production process, we present the concept of state policy. Next, the discussion focuses on the impacts of the crisis on health policies. It is noted that the fundamentals principles of the Brazilian SUS - universality and equality - were the most affected by neoliberal policies. Finally, the paper discusses some implications for primary health care. It also calls attention to the fact that government institutions are engendering moral non-essential actions, which act as masking mechanisms of health privatization. It also outlines some of the challenges for those who oppose resistance to the Brazilian SUS dismantling.

Keywords: Neoliberalism; Public health policies; SUS; Regime of accumulation; Capitalism; Brazil.

Introdução

A reforma sanitária brasileira teve seu apogeu com a aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, pela Constituição de 1988. O SUS foi tomado de assalto, especialmente nos seus princípios fundamentais de igualdade e universalidade, pelas políticas neoliberais que acompanharam o regime de acumulação integral, assumidas pelo Estado brasileiro.

Desde lá, e passados 24 anos de aprovação das leis federais 8080/90 e 8142/90, diversas análises vêm sendo realizadas, com algumas das principais revistas de saúde coletiva dedicando edições especiais ou espaços de debates a essas avaliações do SUS, o que vem enriquecendo o debate na área. São análises críticas importantes e que alimentam a discussão sobre os golpes no sistema, considerado nos seus nascimentos como avanço brasileiro em termos civilizatórios.

Nesse sentido, este texto apresenta na primeira parte discussão sobre os conceitos de crise, de regime de acumulação e análise da situação atual do regime de acumulação. Sintetiza também as principais características das mudanças mais recentes, mostrando as dificuldades crescentes na acumulação de capital, as tentativas de dar respostas a elas no âmbito das políticas neoliberais e a ressonância desse processo no Brasil. Na segunda parte o texto delinea o conceito de políticas estatais e apresenta discussão sobre os impactos da crise sobre as políticas de saúde.

A finalidade deste artigo é contribuir com debates sobre o tema e sobre os desafios postos aos que se dedicam a opor resistência ao desmantelamento do SUS e aos processos de privatização dos direitos sociais.

Mudanças no capitalismo contemporâneo

A sociedade moderna, ao contrário das antecedentes, é marcada por constantes mudanças após momentos de crise. Muito já se escreveu sobre as crises no capitalismo, bem como do capitalismo. A crise pode ser entendida sob formas distintas. Na concepção gramsciana ela significa que o velho não

pode mais se reproduzir e o novo ainda não pode emergir (Gramsci, 1988). Para Habermas, “[...] as crises surgem quando a estrutura de um sistema social permite menores possibilidades para resolver o problema de que são necessárias para a contínua existência do sistema” (1980, p. 13).

Uma outra concepção de crise é a de Chauí (2007, p. 44):

Assim, a crise nomeia os conflitos no interior da sociedade e da política para melhor escondê-los. Com efeito, o conflito, a divisão e até mesmo a contradição podem chegar a ser nomeados pelo discurso da crise, mas o são com um nome bastante preciso: na crise, a contradição se chama perigo. Não é por acaso que a noção de crise é privilegiada pelos discursos autoritários, reacionários, contrarrevolucionários, pois neles essa noção funciona em dois registros diferentes, mas complementares. Por um lado, a noção de crise serve como explicação, isto é, como um saber para justificar teoricamente a emergência de um suposto irracional no coração da racionalidade: a “crise” serve para ocultar a crise verdadeira. Por outro lado, essa noção tem eficácia prática, pois é capaz de mobilizar os agentes sociais, acenando-lhes com o risco da perda da identidade coletiva, suscitando neles o medo da desagregação social e, portanto, o medo da revolução, oferecendo-lhes a oportunidade para restaurar uma ordem sem crise, graças à ação de alguns salvadores. O tema da crise serve, assim, para reforçar a submissão a um poder miraculoso que se encarna nas pessoas salvadoras e, por essa encarnação, devolve aquilo que parecia perdido: a identidade da sociedade consigo mesma. A crise é, portanto, usada para fazer com que surja diante dos agentes sociais e políticos o sentimento de um perigo que ameaça igualmente a todos, que dê a eles o sentimento de uma comunidade de interesses e de destino, levando-os a aceitar a bandeira da salvação de uma sociedade supostamente homogênea, racional, cientificamente transparente.

No entanto, pensamos que o conceito de crise deve ser repensado, pois todas essas definições acabam demonstrando certos limites. A concepção gramsciana trabalha muito mais com a ideia de decadência, no sentido de algo entrar em processo

de decomposição, mas que não convive com uma alternativa. Da mesma forma, a concepção habermasiana aponta para menores possibilidades de que a estrutura possa resolver o problema que ameaça a reprodução do sistema. Além da linguagem funcionalista, essa concepção de crise se reduz à questão de uma forma da crise, a de uma sociedade, ou, segundo termos do funcionalismo sistêmico, “sistema social”. E, nesse caso, não dá conta da realidade. No capitalismo, a sua estrutura (modo de produção capitalista) sempre encontra dificuldade em realizar sua reprodução, ou seja, então, partindo do conceito habermasiano de crise, ela seria algo permanente no capitalismo e, portanto, não teria sentido, afinal uma sociedade sempre em crise é o mesmo que nunca ter crise. A discussão de Marilena Chauí, por sua vez, acaba tomando o termo “crise” como um construto ideológico e por isso lhe abandona e nem sequer o define (apesar de falar em “crise verdadeira”). Sem dúvida, podemos pensar num uso ideológico do termo crise, mas nem por isso ele perde seu potencial teórico e explicativo. Na verdade, o uso ideológico do construto crise, segundo a autora, vem para apagar a crise “verdadeira” e a recusa do uso de tal palavra cumpre o mesmo papel. Nesse sentido, é perceptível a lacuna existente na abordagem de Chauí sobre esse termo.

Neste texto tomou-se como crise uma situação na qual um ser (indivíduo, instituição, sociedade etc.) vive um momento em que encontra uma dificuldade radical para sua reprodução ou existência (Viana, 2014).

Sendo assim, pode-se afirmar que uma crise, no contexto de uma sociedade, significa que ela tem um momento em que se depara com uma dificuldade radical para se reproduzir. Não se trata de qualquer dificuldade ou problema enfrentando por ela; tem caráter radical, atinge sua essência num momento exato.

A sociedade capitalista vive em constante transformação e dificuldade de reprodução, embora sua essência permaneça a mesma. Ela já entrou em crise algumas vezes - por exemplo, entre a década de 1910 até meados dos anos 1920 (Primeira Guerra Mundial e tentativas de revoluções proletárias na Rússia, Alemanha, Hungria, Itália, além de lutas sociais radicalizadas em outros países).

A essência da sociedade capitalista está em seu modo de produção, em suas relações de produção. Essas podem encontrar dificuldades crescentes de reprodução, mas enquanto não são questionadas, o que pressupõe a existência de alternativa e agentes reais que colocam tal possibilidade, não é uma crise do capitalismo. Uma crise do capitalismo ocorre num momento em que emerge uma dificuldade radical para sua reprodução, o que significa que o modo de produção capitalista é questionado concretamente pelo proletariado e pelas classes aliadas. Essa concepção é bem distinta da de Gramsci, Habermas e Chauí.

Na contemporaneidade, o capitalismo encontra dificuldades de reprodução, mas não se trata de uma crise, apesar de provavelmente caminhar neste sentido. Essas dificuldades de reprodução convivem com a falta de uma alternativa que expresse uma força real, embora exista uma tendência nesse sentido, mas ainda demasiada fraca. Para compreender esse processo é preciso entender a evolução do capitalismo. Este se altera de acordo com a sucessão de regimes de acumulação, que são expressão de determinada configuração dessa sociedade, em determinado momento histórico. Um regime de acumulação expressa uma determinada forma hegemônica de organização do trabalho (tal como o taylorismo, fordismo, toyotismo), determinada forma estatal (como o liberal, liberal-democrático, keynesiano e neoliberal) e uma determinada forma assumida pelas relações internacionais (colonialismo, neocolonialismo etc.).¹ A história do capitalismo foi marcada pela sucessão de diversos regimes de acumulação (extensivo, intensivo, conjugado, integral) em seu desenvolvimento histórico (Viana, 2009; 2003) e atualmente, após a crise do final dos anos 1960 e que perdurou até meados de 1970, vive sob o regime de acumulação integral.

O regime de acumulação integral emergiu nos anos 1980 na Europa e nos Estados Unidos (Viana, 2009; Braga, 2013), espalhando-se posteriormente pelo mundo, conhecido como “reestruturação produtiva”, que é a alteração na forma hegemônica de organização do trabalho, e neoliberalismo, a forma assumida pelo Estado capitalista que, junto com o neoimperialismo – que se desenvolve um pouco depois, sendo chamado de “globalização” –, o materializa².

Esse novo regime de acumulação integral, para superar a crise do regime de acumulação anterior, busca aumentar a taxa de exploração anteriormente existente. No plano da organização do trabalho, significa a busca de aumento da produtividade, a utilização de formas secundárias de exploração e a corrosão dos direitos trabalhistas.

Esse processo teve como suporte o Estado neoliberal, que criou as condições políticas, legais e ideológicas para essa efetivação, sendo os países imperialistas também arquitetos do aumento da exploração internacional.

No entanto, não só o capitalismo é histórico e passa por mudanças, mas também os regimes de acumulação. Há o momento da formação, desenvolvimento e processo de dissolução (que é complexo, podendo haver reconfigurações parciais que adiam sua superação por outro regime de acumulação ou por uma revolução social que signifique a superação do capitalismo).

O ciclo do regime de acumulação integral no bloco imperialista foi marcado pelos períodos de formação e expansão (anos 1980), consolidação (anos 1990) e período inicial de dissolução (desestabilização e enfraquecimento, que se inicia nos primeiros anos do século 21, intensificando-se com o passar do tempo). No entanto, esses períodos não ocorrem ao mesmo tempo nos países do interior desse bloco,

1 Para uma discussão sobre o conceito aqui utilizado de regime de acumulação, cf. Viana (2003; 2009), Braga (2012) e Braga (2013), entre outros. Outros autores trabalham com esse termo em sentido diferente, como Harvey (1992) e Lipietz (1991).

2 Sobre o neoliberalismo, há uma extensa bibliografia abordando-o conceitual e historicamente ou discutindo as ideologias neoliberais ou algumas de suas características (Anderson, 1998; Moraes, 2001; Bobbio, 1987; Wacquant, 2001), que, apesar de diferenças e limites, permitem uma compreensão de aspectos das mudanças na formação estatal. No entanto, é necessário compreender o Estado neoliberal no contexto de mudanças sociais mais amplas, a passagem de um regime de acumulação para outro e evitar confusões, como a de Perry Anderson, entre ideologia e Estado neoliberal (Viana, 2009), pois a primeira foi criada nos anos 1940, mas o segundo emerge após os anos 1980. Wacquant, apesar de também faltar esse vínculo com a totalidade da mudança do capitalismo, avança no sentido de explicitar uma das principais características do neoliberalismo, a política de repressiva intensificada. Moraes, por sua vez, oferece uma útil análise das escolas neoliberais, enquanto Bobbio traz uma síntese do caráter do neoliberalismo, embora falte o senso histórico em ambos os casos.

pois o desenvolvimento em cada um deles é assíncrono. Isso, obviamente, também atinge o bloco dos países de capitalismo subordinado, embora tenda a ocorrer posteriormente. O neo-liberalismo, por exemplo, emergiu em 1979 na Inglaterra e em 1980 nos Estados Unidos, enquanto em países de capitalismo subordinado desenvolveu-se a partir do final da década de 1980. No Brasil, teve início no governo de Fernando Collor de Mello, eleito em 1989 (Viana, 2009; Braga, 2012).

É esse momento do regime de acumulação integral que tem maior impacto sobre as políticas estatais de saúde. Os processos sociais que ocorrem a partir de 1999, como a emergência do movimento antiglobalização (com sua heterogeneidade e ambiguidades), a crise no México e na Argentina, a emergência de uma nova cultura contestadora (também com ambiguidades e se ampliando), os problemas e manifestações que passam a ocorrer na França e outros países até chegar à crise financeira de 2008. Esta última tem como elementos derivados, novas dificuldades de reprodução do regime de acumulação integral, sendo que se busca solucioná-las por meio de sua reconfiguração na forma de aprofundamento (políticas de austeridade, especialmente nos países que apresentam maiores dificuldades, como Grécia, Portugal e Espanha). Portanto, o regime de acumulação integral está em período de decadência e tenta superar suas dificuldades ampliando mais ainda o processo de exploração, dentro de sua lógica.

Isso, sem dúvida, promove um processo de agravamento da situação e também de ampliação dos conflitos em geral. Esses processos revelam-se mais fortemente em alguns países, enquanto em outros está em processo de engendramento e muitos ainda estão alheios às mudanças mais extensas. No entanto, há uma tendência de que ele se generalize, pois a taxa de lucro tende novamente a cair, o desenvolvimento capitalista (ou desenvolvimento “econômico”, segundo linguagem de economistas e imprensa) se desacelera e tende a agravar a situação.

Nesse sentido, o Estado neoliberal, que se pretende mínimo (na intervenção - na produção com empresas estatais e no mercado - e nas políticas estatais de assistência social) e forte (repressivo), tende a aumentar sua economia com gastos sociais (políticas de austeridade) e seu caráter repressivo,

ou seja, intensificar ainda mais suas características.

No caso brasileiro, o regime de acumulação integral ocorre sob forma específica. A principal especificidade é que o país compõe o bloco do capitalismo subordinado (já chamado de “Terceiro Mundo”, “países subdesenvolvidos” ou “em vias de desenvolvimento”, “capitalismo dependente” etc.). O capitalismo subordinado brasileiro insere-se no novo regime de acumulação sob uma forma específica. A acumulação de capital no Brasil é subordinada e parte dela é transferida para o bloco imperialista. Além disso, a situação brasileira era bem pior do que a de países do bloco de capitalismo central, por isso o impacto do neoliberalismo subordinado foi maior.

Os sucessivos governos neoliberais no Brasil ampliaram as bases da nova configuração estatal. Além de apoiar as mudanças necessárias para a chamada “reestruturação produtiva”, com a corrosão dos direitos trabalhistas e outras ações (incluindo a criação dos “contratos temporários”, o aumento do tempo para aposentadoria etc.), cortes nos gastos estatais, privatização, sujeição do público ao privado (tanto no nível da prioridade da ação estatal quanto em propostas de “parceria”, que apontam para maior privatização e mercantilização do estatal), políticas financeiras de ajuste, políticas de assistência social paliativas em substituição às políticas estruturais etc.

As políticas de estabilização financeira produziram o efeito de conter a expansão inflacionária e as políticas de “crescimento econômico”, e, devido a um determinado contexto internacional e nacional, conseguiram relativo sucesso. Sem dúvida, a exploração aumentou e junto com ela os problemas sociais, o que gerou certa insatisfação em setores da sociedade brasileira que avançaram, em uma pequena parcela, no questionamento e mobilização, mas de forma ainda incipiente e sem conseguir aglutinar o conjunto dos insatisfeitos. As classes exploradas tiveram o seu movimento contido, não só pela estabilização financeira e desenvolvimento do capital (o “crescimento econômico”), mas também pela forte hegemonia burguesa na sociedade civil, o que foi facilitado pela ascensão do Partido dos Trabalhadores ao governo e sua forte influência em determinados setores e movimentos sociais, entre outros, e suas políticas paliativas e de cooptação destes segmentos. A oposição ficou reduzida aos

mais radicais, a uma parcela da juventude e alguns outros segmentos, perdendo grande parte de sua capacidade de resistência e pressão.

Esse quadro interferiu no conjunto das ações estatais, com a progressiva diminuição de intervenção estatal e de implementação de políticas estruturais de assistência social, chamadas de “universais”.

O desaceleramento do desenvolvimento do capital nos últimos anos, especialmente a partir de 2013, promoveu uma situação de maior dificuldade, pois o crescimento do número de greves e de manifestações, entre outras formas de oposição e resistência, dificultou a solução que o capital sempre apresenta para tais momentos: aumento da taxa de exploração.

Dessa forma, pode-se afirmar que desde 1990 as políticas neoliberais promoveram menor intervenção estatal, juntamente com processos de precarização de setores como educação e saúde, entre outros. Esse processo ocorreu sob formas diferentes, dependentes das mudanças de governo, da conjuntura e da situação do país, levando em consideração os momentos anteriores.

Ao lado das transformações do capitalismo subordinado brasileiro, as políticas neoliberais marcam uma situação de deterioração das políticas estatais. Isso é ainda mais grave quando se vê as prioridades e as ações dos últimos governos, que negligenciam as classes exploradas e suas demandas e privilegiam o que ideologicamente se convencionou chamar de “nova classe média”, uma construção ilusória, que significa que alguns setores tiveram certo crescimento em sua renda.

As políticas estatais, para atender as demandas desses segmentos, as camadas de melhor renda do proletariado e dos de renda intermediária na intelectualidade, burocracia etc., mostram uma prioridade que não é a do conjunto das classes exploradas e muito menos a daqueles que se encontram em situação mais precária ainda.

Ainda que a crise de 2008 não tenha afetado gravemente o capitalismo brasileiro nos anos seguintes, juntamente com o próprio esgotamento das políticas de crescimento econômico do último governo (2010-2013), seus efeitos se fizeram sentir. Assistiu-se ao aumento paulatino da resistência, com a marca de 2012 como o ano de maior número de greves desde 1997 e 2013 como o das grandes manifestações populares.

Nesse contexto, antevê-se a possibilidade de um reajuste neoliberal, no sentido de aumentar ainda mais a repressão e a precarização, bem como, se o quadro piorar ainda mais, as “políticas de austeridade”. A outra possibilidade, otimista, é de que as pressões sociais possam, pelo menos em curto prazo, promover um recuo da ofensiva neoliberal. Outras possibilidades existem, mas as aqui expostas se anunciam como as mais prováveis em um período curto de tempo.

Sem dúvida, é a correlação de forças entre as classes sociais e demais setores da sociedade que determinará qual possibilidade se concretizará, bem como seus desdobramentos futuros.

Impactos da crise sobre as políticas de saúde: o SUS em debate

Parte-se do pressuposto de que as políticas estatais de saúde são formuladas para sustentar e viabilizar o processo de produção em saúde.

No setor de prestação de serviços públicos, como os de saúde, as diretrizes das políticas estatais concretizam-se nos processos de trabalho, tanto nos da assistência quanto nos da gestão. Portanto, no contexto do capitalismo contemporâneo o SUS é organizado e operacionalizado sob as formas de organização do trabalho engendradas pelo regime de acumulação integral, ainda que se considere apenas o âmbito público do sistema.

As políticas estatais são dispositivos do Estado regidos pela mesma lógica do processo de produção mais geral da formação social. Ou seja, elas são constituídas internamente no conjunto das relações sociais e propostas pelo Estado “[...] no interior de suas contradições internas e pressões externas” (Viana 2009, p. 94). Portanto, fundamentalmente determinadas em favor dos interesses gerais do capital e das necessidades da acumulação capitalista, mas também como respostas a conflitos de classes, de grupos de interesse e de partidos “[...] que dominam o Estado capitalista [...]” e pressionam pela via da pressão popular, dos *lobbies*, entre outros, para o amortecimento de conflitos sociais, que podem gerar crise de governabilidade ou a transformação social (Viana, 2006, p. 94).

O SUS, instrumento da política estatal de saúde, foi fruto dessa pressão, protagonizada pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, afirmou Sérgio Arouca, aprimorar as condições de saúde não se resumia à criação do SUS, “[...] era preciso discutir a saúde não como política do Ministério da Saúde, mas como uma função de Estado permanente”³.

O ideário do SUS era alinhado à concepção social democrata de direito universal. Porém, o seu processo de implementação foi minado pelo neoliberalismo (Calipo; Soares, 2013), que respondeu aos objetivos do regime de acumulação integral (Viana, 2009).

Nesse processo estiveram em disputa diferentes concepções e projetos de SUS, como descreveu Paim (2006, p. 36):

O SUS formal, estabelecido pela Constituição, Lei Orgânica da Saúde e portarias; o SUS democrático, integrante de uma totalidade de mudanças desenhadas pela RSB; o SUS real, com direito a trocadilho com o nome da moeda que simboliza as políticas econômicas monetaristas e de ajuste macroestrutural, refém da chamada área econômica dos governos e do clientelismo e do patrimonialismo que caracterizam o Estado brasileiro; e o SUS para pobres, como parte das políticas focalizadas defendidas por organismos internacionais.

O projeto que efetivou as diretrizes do regime de acumulação vigente atacou o princípio fundamental do SUS, a universalidade (Calipo; Soares, 2013), principalmente porque, segundo Mészáros (2003, p. 17),

[...] é impossível existir universalidade no mundo social sem igualdade substantiva. Evidentemente, portanto, o sistema do capital, em todas as suas formas concebíveis ou historicamente conhecidas, é incompatível com suas próprias projeções – ainda que distorcidas e estropiadas – de universalidade (...). A potencialidade da tendência universalizante do capital, por sua vez, se transforma na realidade da alienação desumanizante e na reificação.

Já a descentralização, a única diretriz organizativa do SUS que não colidiu com o ideário neoliberal,

foi efetivada (Levcovitz; Lima; Machado, 2001). Foi um mecanismo de repasse de verbas que ao mesmo tempo em que permitiu maior independência de gestão dos municípios também possibilitou o aumento de controle do nível federal (Paim et al., 2011), regido pela lógica financeira. Por meio de destinação de recursos financeiros, adquiriu capacidade indutora de políticas de saúde (Heimann et al., 1992).

Foi com o repasse de recursos variáveis que o Ministério da Saúde induziu a adesão dos municípios ao modelo de organização da Atenção Básica (AB) pelo Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente nominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

As diretrizes da ESF preconizam práticas definidas pela lógica programática, orientadas para diminuir fatores de risco de sujeitos pertencentes a grupos considerados prioritários nas diretrizes do Ministério da Saúde (Elias et al., 2006; Facchini et al., 2006; Giovannella; Escorel; Mendonça, 2009; Szwarcwald; Mendonça; Andrade, 2006), grupos esses definidos pela NOB 96, preponderantemente compostos por sujeitos que utilizam exclusivamente o SUS para assistência à saúde, chamados entre gestores da saúde de “SUS dependentes”.

A ESF é a principal estratégia de organização do setor saúde. Logo, pode ser examinada como parte do projeto adotado pelo governo federal para a seguridade social. Segundo Paim (2013), a essência da política estatal de seguridade social é o assistencialismo, desenvolvido por ações focalizadas para a redução da pobreza, que seguem o receituário neoliberal do Banco Mundial.

Outro pilar que sustenta o neoliberalismo está ancorado na relação público-privada, que se expressa pelo subfinanciamento do setor público e pelos mecanismos de subvenção e de apoio ao capital privado, além da privatização da gestão pública. O financiamento do governo federal para a saúde pública é de 46%, mas já foi de 75%, em 1980. Os valores do repasse para a AB e para o SAMU tiveram queda de 30% a 50% entre 1998 e 2010. Por outro lado, houve incremento da assistência de média e alta complexidade; em 1995 o Ministério gastou 5,4 vezes mais do que com a AB e em 2012 essa diferença

³ Extraído do verbete Reforma Sanitária, da biblioteca virtual Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

passou para 7,7 vezes. A assistência de média e alta complexidade teve seus per capita elevados em 43% entre 1995 e 2012, enquanto para a atenção básica o aumento foi de apenas 1,1% (Santos, 2013).

Os serviços médico-hospitalares passaram a incorporar equipamentos de alta densidade de capital, evidenciando como o setor de serviços de saúde transformou-se em polo de consumo de mercadorias industrializadas (Paim, 2006).

Os mecanismos de subvenção são realizados por meio de renúncia fiscal ou isenções e deduções de tributos de empresas, indústria farmacêutica; de cofinanciamento público de planos privados de saúde a servidores federais: “É o que se pode chamar de privatização por fora do SUS, isto é, o sistema privado externo ao SUS, que fatura nas mensalidades dos consumidores e nas subvenções públicas, e que falsamente proclama que alivia o SUS” (Santos, 2013, p. 276).

Outro elemento dessa relação público-privada é a outorga do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde a grupos privados, sob a “[...] falsa tese de que o setor público é por definição incompetente no gerenciamento de serviços públicos para as necessidades sociais, e que o setor privado é naturalmente competente” (Santos, 2013, p. 276).

Para efetivar o processo de adesão da sociedade à direção dada pelo neoliberalismo à relação público-privada, os mecanismos de convencimento são de caráter ideológico. Assim, o que justifica a troca da universalidade pela focalização e da igualdade pela equidade é a ideia de que os recursos públicos são escassos e, portanto, devem ser alocados para atender os “socialmente excluídos”.

No entanto, a inclusão dos “socialmente excluídos” deu-se principalmente na AB, intencionalmente organizada para atender essa população. Essa inclusão, porém, não se aplica à oferta e utilização do sistema em níveis de maior complexidade tecnológica (Dias-da-Costa et al., 2007).

A relação público-privada introduz no espaço público a terceirização de serviços, a precarização de vínculos trabalhistas (Paim, 2013), a reorganização dos processos de trabalho em saúde pelo modelo toyotista, o que impacta diretamente o trabalhador, tanto no âmbito do desgaste individual quanto das possibilidades de recrutar recursos coletivos de

fortalecimento - a reflexão sobre o trabalho e os direitos trabalhistas, entre outros temas (Souza, 2015; Santos; Soares; Campos, 2007).

O projeto do SUS que advoga a saúde como direito universal tem ampla sustentação ideológica na sociedade, expressando-se na política de saúde em programas governamentais que apenas contornam a essência da questão, sem que de fato atuem sobre ela. Paim (2013) alerta para o fato de que os postos governamentais importantes são ocupados por gestores que concretamente engendram políticas de favorecimento dos interesses do capital, mas que se sustentam politicamente em função de prestígio moral e cultural.

Nesse processo, mecanismos que mascaram os processos de privatização da saúde são engendrados como diretrizes de humanização da assistência. Como humanizar a atenção à saúde contando com financiamento precário? Como humanizar a atenção à saúde diante das precárias condições de trabalho e vida, que estão na raiz dos problemas de saúde? Como humanizar a atenção à saúde diante da exploração de classe e do desgastante cotidiano de trabalho?

Na prática, as tentativas de dar concretude ao projeto do SUS público e universal ocorrem em experiências localizadas, a partir de esforço de trabalhadores, numa “[...] verdadeira rede de resistência ao desmanche (...) das diretrizes do SUS” (Santos, 2013, p. 277).

Considerações finais

Caminhos para a operacionalização do SUS universal e igualitário constituem desafios; e, porque expressam contradições, invariavelmente entram em conflito com a ordem instituída e com o discurso único, ideologicamente instituído, que desqualifica os questionamentos e a discussão política.

Esses caminhos de resistência e lutas vêm sendo trilhados: no cotidiano dos processos de trabalho, pelos trabalhadores que reconhecem as contradições e correlacionam os desgastes com a organização toyotista do trabalho; nos movimentos sociais, pela população mobilizada que denuncia as mazelas do sistema de saúde, a perda de direitos sociais e as desigualdades sociais.

Tanto trabalhadores de saúde quanto grupos mobilizados constroem práticas emancipatórias, as que instrumentalizam os sujeitos dos grupos sociais a acessar direitos e a lutar por eles, incentivam valores de solidariedade, resgatam a condição humana de sociabilidade (Campos, 2013; Campos et al., 2014).

O desenvolvimento de práticas emancipatórias demanda das instituições sociais públicas que assumam para si a responsabilidade de: formar trabalhadores capazes de reconhecer os mecanismos de alienação no trabalho, criticar as políticas de saúde focalizadas, simplificadas e apaziguadoras de tensões sociais, denunciar a privatização da saúde e as posições governistas de caráter ideológico que nada de concreto trazem para deter a privatização e, ao contrário, favorecem o capital.

O movimento social engendra a força de pressão, de denúncia, e expressa a correlação de forças. Nesse processo há aprendizado político e a luta política torna-se cada vez mais frequente e forte.

Referências

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). *Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998. p. 9-23.

BOBBIO, N. *O futuro da democracia*. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BRAGA, L. *Classe em farrapos*. São Carlos: Pedro e João Editores, 2012.

BRAGA, L. A teoria do regime de acumulação integral. *Revista Conflicto Social*, Buenos Aires, v. 6, n. 10, p. 129-156, 2013.

CALIPO, S. M.; SOARES, C. B. Saúde como direito. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013. p. 3-48.

CAMPOS, C. M. S. *Necessidades de saúde como objeto das políticas públicas: as práticas do enfermeiro na Atenção Básica*. 2014. Tese (Livres-docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

CAMPOS, C. M. S. et al. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, p. 116-121, 2014. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700116&lng=pt. Epub Ago-2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600017>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Desigualdades na realização do exame clínico de mama em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1603-1612, 2007.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. *Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos: relatório de pesquisa*. Rio de Janeiro: ENSP, 2009.

GRAMSCI, A. *Concepção dialética da história*. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.

HABERMAS, J. *A crise de legitimação do capitalismo tardio*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1980.

HARVEY, D. *A condição pós-moderna*. São Paulo: Loyola, 1992.

HEIMANN, L. S. et al. *O município e a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- LIPIETZ, A. *Audácia: uma alternativa para o século 21*. São Paulo: Nobel, 1991.
- MÉSZÁROS, I. *O século XXI: socialismo ou barbárie?* São Paulo: Boitempo, 2003.
- MORAES, R. *Neoliberalismo, de onde vem, para onde vai?* São Paulo: Senac, 2001.
- PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 34-46, 2006.
- PAIM, J. S. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.
- PAIM, J. S. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. London, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.
- SANTOS, N. R. SUS, política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e busca de saídas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 273-280, 2013.
- SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, p. 777-781, 2007. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500006&lng=pt>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000500006>>. Acesso em: 16 jan. 2015.
- SOUZA, H. S. *A interpretação do trabalho de enfermagem no capitalismo financeirizado: um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado*. 2015. Dissertação (Mestrado em Práticas de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 643-655, 2006.
- VIANA, N. A constituição das políticas públicas. *Revista Plurais*, Anápolis, v. 1, n. 4, p. 94-112, 2006. Disponível em: <<http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/revistaplurais/article/viewFile/69/96>>. Acesso em: 18 ago. 2013.
- VIANA, N. *Estado, democracia e cidadania: a dinâmica da política institucional no capitalismo*. Rio de Janeiro: Achiamé, 2003.
- VIANA, N. *O capitalismo na era da acumulação integral*. Aparecida: Idéias e Letras, 2009.
- VIANA, N. O capitalismo está em crise? *Revista Posição*, Goiânia, v. 1, n. 3, p. 7-11, 2014.
- WACQUANT, L. *As prisões da miséria*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

Contribuição dos autores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Recebido: 21/01/2015

Aprovado: 17/03/2015